

ボディ・イメージに焦点づけた摂食障害の予防的介入

三 井 知 代

要 旨

近年、日本の若い女性において摂食障害（Eating Disorder：以下 ED と記す）患者、あるいは発症に至らずとも強いやせ願望や体型不満を抱き、節食、むちゃ食い、体重減少を目的とした排出行動などの摂食行動障害を呈する ED リスク群の増加が指摘されている。摂食行動障害はやがて ED 発症につながる危険性もあり、女子大学生など発症高リスク時期にある者への ED 予防的介入の必要性が指摘されている。ED の予防的介入は、ED 発症のリスクファクターとされているボディ・イメージに焦点づけた介入プログラムが効果的と考えられている。そこで筆者はボディ・イメージに焦点づけた予防的介入プログラムを女子大学生を対象に実施し、その介入効果を検討した。2回の介入調査の結果、本介入プログラムによりダイエット行動ややせ願望は低減したが、体型不満への介入効果は認められず、介入プログラムの更なる検討の必要性が示唆された。

キーワード：摂食障害、ボディ・イメージ、予防的介入

1. 若い女性における摂食行動異常と予防的介入の必要性

(1) 若い女性におけるやせ志向

近年、日本において若い女性の痩身傾向やその背後にあるやせ志向が社会問題となっている。たとえば、厚生労働省が実施した平成14年の国民栄養調査¹⁾によると、20～29歳の女性で肥満度の判定指数である Body Mass Index（以下 BMI と記す）が18.5未満の「やせ」に分類される低体重の者の割合が、20年前に比較すると2倍以上にも増加していたと報告されている。さらに、現実の体型が BMI 18.5以上～25未満の「普通」であるのに、「太っている」「少し太っている」と自己評価する者の割合は、10代（15～19歳）で70.9%、20代で66.7%も存在し、10代の女性では「やせ」に分類されているのに「普通」と自己評価する者が56.4%にもものぼると報告されている。また、同調査は、10代の女性では「やせ」であってもその41%がさらに体重を減らそうと試みていることを

指摘している。

このような傾向は欧米の調査においても同様で、たとえば70～76%の女子高校生が自分の体型よりもより細い体型を望み²⁾、半数以上の女子高校生が体重減少を試みていたとの報告もある³⁾。

日本の青年期女子のやせ願望について調査した馬場ら⁴⁾は、青年期女子のやせ願望は「女性性の保持」「魅力のアピール」「自己不全感からの脱却」といった彼女達の多様な欲求を、「痩身」という手段を用いて満たそうとすることによって高まるということ、そして若い女性のやせ願望の強さは、「カロリー計算」や「運動」といった健康的なダイエット行動には結びつかず、むしろ「絶食」や「痩せる薬」といった健康を害する恐れのあるダイエット手法を促すと指摘している。同様に、Hoyt ら⁵⁾は強いやせ願望や体型不満などのボディ・イメージの問題を有している若い女性が、過激なダイエット行動やむちゃ食いなどの摂食行動異常^{注1)}や摂食障害（Eating Disorder：以下 ED

と記す）発症につながりやすいと述べている。このような多くの若い女性が抱えているやせ願望がともすれば彼女達の健康を害する危険な摂食行動に繋がることは、見過ごすことの出来ない問題であり、摂食行動異常や ED 発症に進展しないような対応が必要であると考える。

注 1）摂食行動異常（disordered eating）とは、Mitchell K ら（2007）は AN, BN, BED の臨床群やサブクリニカル群の「むちゃ食い、ダイエット行動、排出行動等を指す」としており、本稿でもほぼ同様に「むちゃ食いや節食、過激なダイエット行動、体重減少を目的とした排出行動などの何らかの摂食に関連する問題行動」と定義する。

(2) 摂食障害

ED は米国精神医学会（American Psychiatric Association：APA）による診断基準『精神疾患

の診断・統計マニュアル 第 4 版修正テキスト』（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth Edition Text Revision：DSM-IV-TR）⁶⁾ によると神経性無食欲症（Anorexia Nervosa：以下 AN と記す）、神経性大食症（Bulimia Nervosa：以下 BN と記す）、特定不能の摂食障害（Eating Disorder Not Otherwise Specified：以下 EDNOS と記す）に分類されている（DSM-IV-TR による AN, BN, EDNOS の診断基準は表 1, 2, 3 を、EDNOS のサブタイプ分類については表 4 を参照）。以下は DSM-IV-TR によるそれぞれの基本的特徴である。

AN の基本的特徴は、正常体重の最低限を維持することを拒否し、体重の増加を強く恐れ、自己の身体の形や大きさの認知に重大な障害を呈することである。さらに初潮後の女性の場合は、無月

表 1. 神経性無食欲症（AN）の診断基準（DSM-IV-TR⁶⁾による）

神経性無食欲症（AN）の診断基準
A. 年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否。（たとえば、期待される体重の 85% 以下の体重が続くような体重減少、または成長期間中に期待される体重増加がなく期待される体重の 85% 以下になる）
B. 体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する強い恐怖。
C. 自分の体重や体型を感じる感じ方の障害。自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認。
D. 初潮後の女性では、無月経。つまり月経周期が連続して少なくとも 3 回欠如する。（エストロゲンなどホルモン投与後にのみ月経が起きている場合、その女性は無月経とみなされる）
分類 制限型：現在の Anorexia Nervosa のエピソードの期間中、その人は規則的なむちゃ食いも排出行動（自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤、浣腸の誤用）を行っていない。 むちゃ食い／排出型：現在の Anorexia Nervosa のエピソードの期間中、その人は規則的なむちゃ食いや排出行動（自己誘発性嘔吐、下剤や利尿剤、浣腸の誤用）を行っている。

表 2. 神経性大食症（BN）の診断基準（DSM-IV-TR⁶⁾による）

神経性大食症（BN）の診断基準
A. むちゃ食いのエピソードを繰り返す。むちゃ食いのエピソードは以下の 2 つによって特徴づけられる (1)他とはっきり区別される時間の間に（例えば 1 日の何時でも 2 時間以内）、ほとんどの人が同じような時間に同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食べ物を食べる (2)そのエピソードの間は、食べることを制限できないという感覚（例えば、食べるのを止めることができない、または何をどれほど多く食べるかを制限できない感じ）
B. 体重増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す。例えば、自己誘発性嘔吐、下剤、利尿剤、浣腸、もしくは他の薬剤の誤った使用。絶食、または過剰な運動。
C. むちゃ食い及び不適切な代償行動はともに、平均して、少なくとも 3 ヶ月間にわたって週 2 回起こっている。
D. 自己評価は、体型及び体重の影響を過度に受けている。
E. 障害は Anorexia Nervosa のエピソード期間中にのみ起こるものではない。
分類 排出型：現在の Bulimia Nervosa のエピソードの期間中、定期的に自己誘発性嘔吐を行っている。もしくは下剤、利尿剤または浣腸の誤った使用をしている。 非排出型：現在の Bulimia Nervosa のエピソードの期間中、絶食もしくは過剰な運動のような他の不適切な代償行動をしてはいるが、定期的な自己誘発性嘔吐、もしくは下剤、利尿剤、または浣腸の誤った使用はしていない。

経となる。

BNの基本的特徴は、むちゃ食いと、体重増加を防ぐための不適切な代償方法にある。診断に適合するためには、むちゃ食いと不適切な代償行動は、少なくとも3ヶ月間にわたって平均週2回起こっていなければならない。さらにBNの人の自己評価は、体型と体重の影響を過度に受けている。

EDNOSはAN、BNの診断基準をたさないEDが含まれる。コントロール不能のむちゃ食いは行っているが、BNに特徴的な不適切な代償行動を規則的に行っていないむちゃ食い障害(Binge Eating Disorder: 以下BEDと記す)もEDNOSに含まれている。また、むちゃ食いの時に食べ物を飲み込まず口の中で噛んでいるだけの嘔み吐き障害もEDNOSである。あるいは、AN、BNからの回復期のある時期にEDNOSの状態を経験するという症例もある。EDNOSはこのように病

像が非常に多様なEDのグループであり、AN、BNと同様に臨床的に重篤な場合も有りうるといわれている⁶⁾。

ANの発症は青年期中期から後期(14~18歳)に集中するといわれており、BNは青年期後期あるいは成人期初期に発症のピークがあるとされている。AN、BN共に90%以上が女性であり、若い女性が罹患しやすい障害といえる⁶⁾。2003年から2004年に報告されたED疫学研究について調査したStriegel-Mooreらのレビュー⁷⁾によると、女性における生涯有病率は、ANで0.6%から4.0%までの報告があり、BNで1.2~5.9%、BEDで0.6~2.7%の範囲で報告されている。若い女性に限定した有病率の調査では、ANで0~1.5%、BNが0.37~3.0%、BEDで0.4~0.7%の範囲で報告されている。

これらの報告にはEDの部分的な症状を有しているが、ANやBNの診断基準を完全に満たして

表3. 特定不能の摂食障害(Eating Disorder Not Otherwise Specified: EDNOS)の診断基準(DSM-IV-TR⁶⁾による)

特定不能の摂食障害(Eating Disorder Not Otherwise Specified: EDNOS)の診断基準	
特定不能の摂食障害のカテゴリーは、どの特定の摂食障害の基準も満たさない摂食障害のためのものである。例をあげると、女性の場合、定期的に月経があること以外は、神経性食欲不振症の基準をすべて満たしている。	
①著しい体重減少にもかかわらず現在の体重が正常範囲内にあること以外は、神経性食欲不振症の基準をすべて満たしている。	
②むちゃ食いと不適切な代償行為の頻度が週2回未満である。またはその持続期間が3ヶ月未満であるということ以外は、神経性大食症の基準をすべて満たしている。	
③正常体重の患者が、少量の食事を取った後に不適切な代償行動を定期的に用いる(クッキーを2枚食べた後の自己誘発性嘔吐)。	
④大量の食事を噛んで吐き出すということを繰り返すが、飲み込むことはしない。	
⑤むちゃ食い障害: むちゃ食いのエピソードを繰り返すが、神経性大食症に特徴的な不適切な代償行動の定期的な使用はない。	

表4. 特定不能の摂食障害のサブタイプ

サブタイプ		臨床症状
拒食症不完全型		無月経や著しい体重減少が欠けているほかは典型的な拒食症の臨床像を示す
過食症不完全型	過食症不完全型	むちゃ食いと不適切な排出行動の頻度あるいは持続期間が不十分であるほかは、典型的な過食症の臨床像を示す
	むちゃ食い障害	むちゃ食いのエピソードはあるが、定期的な不適切な代償行動はない
その他の特定不能の摂食障害	反復性(習慣性)嘔吐	正常体重の患者が少量の食事をとった後に、嘔吐などの不適切な代償行動を定期的に用いる
	チューイング	食事を噛んで吐き出すことを繰り返すが、のみ込むことはしない

中井義勝(2005) 特定不能の摂食障害(EDNOS) 石川俊男 鈴木健二, 鈴木裕也他編 摂食障害の診断と治療 ガイドライン2005. の「特定不能の摂食障害のサブタイプ」を一部改編

いない EDNOS が除外されているという問題があり、EDNOS に関する更なる疫学調査の必要性を Striegel-Moore らは指摘している。欧米における最近の傾向としては、1990年代には増加傾向にあった BN の有病率が、最近の調査では減少に転じているという報告⁸⁾⁹⁾や ED の有病率に占める EDNOS の割合の大きさが指摘されている¹⁰⁾。

一方、日本においては1993年に武田ら¹¹⁾が男女高校生2500人を対象としてアンケート調査を実施した結果、DSM-III-R の診断基準で BN に相当した者が男子学生で0.7%、女子学生で1.9%であったと報告している。また1997年に久松ら¹²⁾は、女子大学生357人を対象としたアンケート調査とその後の診断面接を実施し、AN が1.4%、BN が1.4%、EDNOS が8.7%存在したとしている。また中井¹³⁾は1982年、1992年、2002年の3回にわたって、京都府の女子高校生、女子大学生に調査を実施した結果、AN の有病率が1982年と1992年では女子大学生、女子高校生共に0.1%であったが、2002年では女子高校生が0.2%、女子大学生においては0.4%に増加していると報告している。同調査で BN に関しても、1992年の女子高校生0.4%、女子大学生0.9%が、2002年においては女子高校生2.2%、女子大学生2.2%と増加し、EDNOS においても、1992年の女子高校生5.0%、女子大学生4.3%が、2002年においては女子高校生9.1%、女子大学生15.4%と著しく増加していることを中井は指摘している。中井は2000年以降、EDNOS、特に BED の増加が顕著であること、さらに BN や EDNOS に気分障害や不安障害が合併する症例の増加を指摘している¹⁴⁾。

日本における有病率については、調査方法が自己記入式調査票によるものか、あるいは診断面接を併用しているのかという相違があること、さらに長期間の縦断的調査が少ないので、一概に増減を論じることは出来ないが、上記の研究を見る限りにおいては ED、特に女子大学生においては EDNOS の ED に占める割合の高さと増加率は注目し値するであろう。今後、日本において BN

が欧米と同様に減少に転じていくのかどうかは予測できないが、AN や BN の診断基準に合致しない、つまり EDNOS に含めざるを得ない ED が、なぜこのように増加傾向にあるのかを検討していかなければならないだろう。中井が EDNOS をサブタイプ別に分類しているが(表4)、その病像は同じ疾病としてまとめるには余りにも多様である。

(3) 摂食行動異常

ED 患者数の増加とともに、若い女性の中には発症には至らないが強い「やせ願望」や「体型不満」を抱き、節食、むちゃ食い、体重減少を目的とした排出行動などの摂食行動異常を呈する ED 予備群と呼ぶべき者も増え続けていると推測される。筆者が2002年に実施した日本の女子大学生の摂食行動異常に関する調査では、摂食障害傾向を示し、過食や自己誘発嘔吐などの危険な排出行動を行っている者が相当数存在することが示唆された¹⁵⁾。例えば、食行動調査票 Eating Attitudes Test 日本版26項目 (EAT-26) を利用した摂食行動障害重症度分類では、対象の女子大学生の8.9%が、何らかの摂食行動異常の存在が疑われる基準値であるカットオフ・スコア20点以上の重度障害群、24.7%が10~19点の中度障害群に分類され、さらに対象学生の8.9%が「週に2~3回以上のむちゃ食い」を、15.8%が「体重減少を目的とした嘔吐や下剤使用などの排出行動」を行っているという実態が明らかになったのである。日本の女子大学生の摂食行動異常に関しては、津久井ら¹⁶⁾が2000年に報告している調査でも、過食を行っている者が対象女子大学生の15.1~17.6%、自己誘発嘔吐等の排出行動の経験者が5.3~7.4%と報告されている。このような実態は日本だけに限らず、アメリカの Virginia の女子大学生を対象とした Mitchell ら¹⁷⁾の調査でも同様の結果を指摘している。また Nakamura ら¹⁸⁾の1997年の報告によると、福島県的女子高校生3032人を対象とした調査では、EAT-26においてカットオフスコア20以上の女子高校生が5.4%存在したこと、また、体重減少を目的とした下剤、痩せ薬、利尿剤などの

誤用が、9.6%, 4.8%, 1.4%であったことを報告している。また小牧ら¹⁹⁾が中学・高校の養護教諭を対象に2002～2003年にかけて実施した全国調査では、中学、高校共に摂食障害と思われる事例数の増加、不適切な食生活や食行動を行っている生徒数の増加、体重・体型を気にする風潮が指摘されており、大学入学前の女子中学生、女子高校生においても、女子大学生と同様に摂食行動異常の問題は見過ごすことのできない状況であることがうかがえる。

女子大学生は学業面での課題達成と友人関係におけるプレッシャーから、様々な心理的問題を抱く者が多く、特に摂食行動異常やボディ・イメージの障害を有しやすいと指摘されている²⁰⁾。若い女性が多数集う大学では、女子大学生は他の女子大学生とやせを競い、非現実的な痩身を達成するために努力を惜しまない。その結果、大学はボディ・イメージの問題や摂食行動の問題が育まれる「温床」となっているのである²¹⁾。この傾向は、女子中学生や女子高校生においても同様であると思われる。このようなEDリスクグループに属する者が多数存在していると思われる教育現場において、彼女たちへのED予防的介入の必要性が指摘されている²²⁾²³⁾。EDは一旦発症すると回復には年単位の長い時間が必要である場合が多いといわれている²⁴⁾。またBNは慢性化しやすく、肥満、抑うつ、不安障害、物質依存の問題が併存する危険性も指摘されている²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾。さらに、EDを有する人の中で専門的な治療を受けている人は25%以下であり²⁸⁾、治療を受けている人の40～60%にしか症状の軽減が見られないという海外の報告²⁹⁾もある。これらのことから、女子中高生や女子大学生に対してED発症前に何らかの予防的介入が、あるいは何らかの摂食行動異常を有している者にはこれ以上症状が進展しないような介入の実施が必要であると考えられる。

EDの予防的介入効果が期待できるプログラムは、EDの発症あるいは症状の進展に影響を及ぼすリスクファクターに焦点づけたものであり³⁰⁾、例えばやせを強いる社会的圧力に対する抵抗力、

体型満足、自尊感情、健康的な体型コントロールスキルの獲得に目標を置いたプログラムが効果は高いとされている³¹⁾。そこで次項ではEDのリスクファクターを、特に予防的介入において焦点付ける必要があるとされているボディ・イメージの問題について概観する。

(4) EDのリスクファクター

Jacobi³²⁾は、リスクファクターについて以下のように定義している。「リスクファクターとは、結果（例えばANの発症など）との間に有意な関連性が認められている要因の中で、その結果に必ず先行して認められる要因のみをリスクファクターとし、それは縦断的調査によって同定される」。よって、結果との間に関連性はあるが必ずしも先行要因とならないものは、相関（correlate）と呼び、リスクファクターと区別している。

Jacobi³²⁾は、青年期におけるEDのリスクファクターと相関について以下のように述べている。彼はANのリスクファクターは「(青年期であるという)年齢、思春期の早い訪れ、体重・体型への関心、(ANの排出型では)ダイエット行動」、ANとの相関では「過度な運動、強迫性障害、低い自己評価、完璧主義」、BNのリスクファクターは「年齢、思春期の早い訪れ、体重・体型への関心、ダイエット行動、ネガティブなボディ・イメージ、低い自己評価、無力感、精神疾患の罹患、ネガティブな感情を抱きやすいこと、高い神経症傾向、ネガティブなライフイベント、逃避的・回避的なストレスコーピング、低いソーシャルサポート」、BNとの相関では「性的虐待、家族との関係の悪さ、親のアルコール依存、鬱、薬物依存、親の肥満、親の体型や体重に関するネガティブなコメント、社会恐怖、極度の内気さ」をあげている。また、BEDのリスクファクターは「ダイエット行動、低い自己評価、高い体重・体型への関心、痩身へのとらわれと社会的重圧、ネガティブなライフイベント、回避的なストレスコーピング、低いソーシャルサポート」、BEDとの相関では「性的虐待、深刻な身体的虐待、鬱、自傷行為、養育

者による不十分なケアや過保護、いじめ、差別、家族からの体型・体重・食事への批判的なコメント、体型・体重・外見へのからかい」などを Jacobi は示唆している。

Jacobi ら³³⁾は、摂食行動異常に先行するリスクファクターの中で、ダイエット行動、体型不満、体重への関心、瘦身理想の内面化^{注2)}は強力な要因であり、かつ介入によって変化が可能な要因であるとし、予防的介入の際にはこのような要因に焦点付けた介入が効果的であると述べている³²⁾。特に、体型や体重に対する不満など身体に対する過度の関心やそこから派生するダイエット行動が、若い女性における摂食行動異常（例えば過食、排出行動、節食など）や ED 発症の最も強力なリスクファクターであると指摘されている⁵⁾³³⁾³⁴⁾³⁵⁾。また、強い身体に対する不満やダイエット行動は、むちゃ食いを引き起こしやすく³⁶⁾、ダイエットを行っている者はダイエットを行っていない者の18倍も ED の症状を進展させやすいとの結果が報告されている³⁷⁾。Stice³⁵⁾の Dual-Pathway Model (図1参照)によると瘦身理想の内面化や体型不満などのボディ・イメージの問題が背後にあるダイエット行動は、ネガティブな感情を伴って BN 発症に影響を与えると指摘されている。

これらのことより、ED 予防的介入を検討する際には、プログラムはボディ・イメージの障害に焦点付けたものが望ましいと主張されている³²⁾。

注2) 瘦身理想の内面化とはタレントやモデルの瘦身を理想化することであり、この傾向が高いとモデルのように痩せた女性、背が高い女性は魅力的であると感じやすい (Stice E, Shaw E. 1994)。

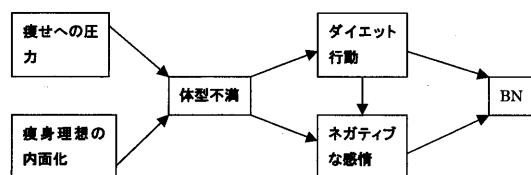


図1. BN 発症に関する Dual-Pathway Model (Stice, E. (2001) A prospective Test of the Dual-Pathway Model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affects. *Journal of abnormal psychology*. 110 (1), 124–135.)

(5) ボディ・イメージの障害

ボディ・イメージとは「心に描く身体の大きさ、形状、形態に関するイメージ、そしてその特性や構成する身体の部分に関して我々が抱く感情である」とSlade³⁸⁾は定義している。ED 患者におけるボディ・イメージの障害は、感覚の障害（ボディ・イメージの歪み）であり、認知・感情の障害（ボディ・イメージの不満）でもある。つまり、自分の身体の一部を非現実的に太いと感じ、そのような身体に不満を抱いて低く評価するのである³⁹⁾。これらのボディ・イメージの障害は ED の精神病理において特徴的な徴候であり、AN, BN の診断基準に入れられている（表1, 2 参照）。

たとえば、『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版』における AN の診断基準では、クライテリア C に「自分の体重や体型を感じる感じ方の障害。自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認」とある。AN 患者が非常に低体重であっても自分の腹部や臀部、太ももが太いと不満に感じている。これは彼女たちの認知の問題というよりは、認知した身体サイズに下す価値判断の問題である⁴⁰⁾。また、AN 患者の自己評価は、体重・体型に大きな影響を受けており、体重減少時には大きな達成感を抱き、反対に体重増加時には挫折感、敗北感に打ちのめされる。この体重・体型に極端に影響される自己評価のあり方は、BN 患者にも共通する特性であり、BN の診断基準クライテリア D に入れられている⁴⁰⁾。

これらのボディ・イメージに対する彼女たちの不満の背後には「低体重、瘦身であることが自分の価値を保証する」との強い信念が存在するのである⁴¹⁾。自分の体型や体重に関する不満や過度の関心が、厳しい体重コントロールやダイエット行動に結びついていく。つまり ED 患者の体重コントロールは彼女たちが自分の容姿に感じる欠点への救済策であり、ボディ・イメージの問題から派生した二次的なものであると考えられている³⁹⁾。

ボディ・イメージの障害がどのように生じするのかについて Kearney-Cooke ら⁴²⁾は二つの仮説

を立てている。第1の仮説では、母親を代表とする重要な大人との関係の中で、こどもは大人の身体への否定的な態度や言葉を内在化し、こどもの中に否定的な身体スキーマ^{注3)}が形成され、それがボディ・イメージの障害へと進展していくという。第2の仮説では、人が対人関係において感じた不愉快な感情体験を自分自身では処理できず、身体に投影し、それにより否定的な身体スキーマが形成されていくという。

ボディ・イメージの障害に対する治療は、これらの否定的な身体スキーマが変わる、より適応的で肯定的な身体スキーマを発展させ、強化させていく治療が重要であると Kearney-Cooke ら⁴²⁾は指摘している。ボディ・イメージ障害の治療で重要な点は、ボディ・イメージの肯定的側面のみを焦点付けること、身体を好きか嫌いかという二分法的な見方ではなく、自分の身体に対する肯定的な感情を0～100%までの連続体の上で表現するように勧めることである。Kearney-Cooke ら⁴²⁾はこれらの手法を、ED患者の極端なボディ・イメージをよりバランスの取れた、分化したイメージに発展させる認知行動療法的手法として示しているが、このような考え方はボディ・イメージの障害に焦点付けた予防的介入においても、転用できるものとする。

注3) スキーマとは「個人が直面する刺激をふるいにかけ、弁別し、分類する安定した、認識パターン」のこと。(Beck et al., 1979)

2. わが国における ED 予防的介入に関する研究

(1) 先行研究

我が国において、女子大学生を対象とした ED 予防的介入研究を最初に実施したのは生野らであった。生野らは2000年4～6月に大都市近郊にあるA女子大学学生を対象とした単回の講義形式による ED 予防的介入プログラムを実施した⁴³⁾。プログラム内容は体重の重要性、やせの身体・精神への害、摂食障害に関する知識教育を中心としたものであった。介入効果を介入プログラム前後と2

ヶ月後の追跡調査により測定した結果、EDに関する知識の増加は認められたが、体重・体型への不満やダイエット行動の減少は2ヶ月後の追跡調査時までには持続しなかった。

さらに生野らは、2000年10～12月にかけて、女子大学生対象とした複数回の講義形式による ED 予防的介入プログラムを実施した⁴³⁾。プログラムの内容は、知識教育中心の11回の連続講義形式をとり、グループディスカッションや視聴覚教材を加えたものであった。介入の結果、前回の単回の介入プログラムと同様、複数回の介入プログラムの実施により知識の増加が認められたのみであった。このような結果から、生野らは ED 予防的介入には知識教育だけでなく、より実際の学生参加型の活動の必要性を指摘している。

また、永井ら⁴⁴⁾は対象が女子高校生ではあるが、保健の授業の一環として2003年に実施した ED 予防教育の効果について報告している。永井らはメディアリテラシー教育とピアサポートの定着を図るグループ活動を柱にした3セッションの介入により、対象女子高校生の自尊感情の向上と痩身願望・食行動異常の低減が認められたと報告している。しかし永井らは介入効果を介入直後の調査でしか測定しておらず、介入効果の持続を確認するためには、長期にわたる複数回の追跡調査の必要性を指摘している。

(2) 筆者が実施した ED 予防的介入研究

筆者は前述したように、女子大学生における摂食行動障害の実態と、摂食行動障害を示す女子大学生の心理的特性についての調査¹⁵⁾を実施し、その結果から得られた知見と先行研究を踏まえて ED 予防的介入プログラムを作成した⁴⁵⁾。介入プログラムは複数回のセッションで講義形式と他の参加者とのディスカッション形式をとり、認知修正的技法を用いてやせ願望、体型不満といった身体に関する認知や価値観を修正するもの、加えて健康的な体重コントロールプログラムによりポジティブなボディ・イメージを育み、ストレス対処スキルを獲得することを目的としたものとした。

上記の介入プログラムにより、ED のリスクファクターとされる体型不満ややせ願望を軽減し、さらに痩身を目的とした不適切なダイエット行動を減少させることを目指した。

介入プログラムの効果を検討するため、筆者は女子大学生を対象とした調査を実施した⁴⁶⁾。介入群97名（分析対象者；平均年齢 19.2 ± 0.6 歳）において、3回の介入プログラムと介入プログラム前後の調査、さらに7ヵ月後の追跡調査を実施した。コントロール群101名（分析対象者；平均年齢 19.4 ± 0.6 歳）においても介入群と同内容の調査のみを行なった。主たる評価項目をやせ願望、体型不満、ダイエット行動とし、副次的評価項目はED傾向、過食、BMIとした。介入効果を測定するため質問票は、Eating Disorder Inventory-91 (EDI-91) の日本語版⁴⁷⁾の3下位尺度ーやせ願望、体型不満、過食尺度ーと、ED傾向測定のためのEAT-26、ダイエット行動やBMIに関する質問から構成されていた。

介入の結果、介入群においてやせ願望、ダイエット行動が減少を示し、この効果は7ヵ月後のフォローアップ時まで持続していた。この結果から、介入プログラムはEDのリスクファクターであるダイエット行動やその背景にあるやせ願望を減少することが可能なプログラムであることが示唆された。同時に、介入群においては過食傾向、摂食障害傾向の減少が認められた。一方、体型不満に対する介入効果は7ヵ月後のフォローアップ時まで持続せず、この点に関しては更なる検討が必要であると考えられた。

そこで、筆者は前述したプログラムを改変し、痩身理想の内面化と体型不満などのボディ・イメージに対する認知修正的介入を前回のプログラムより集中的に長期間実施するプログラムを作成し、介入調査を行ない、その効果を検討した⁴⁸⁾。

対象者は、介入群として4年制女子大学生30名（分析対象者；平均年齢 18.1 ± 0.3 歳）と対照群の4年制女子大学生38名（分析対象者；平均年齢 18.1 ± 0.3 歳）であった。全15回の介入プログラムは認知修正的技法と心理教育アプローチにより

構成されており、介入群の痩身理想の内面化、体型不満、やせ願望を低減させることを目的としたものである。プログラムの内容は、若い女性のボディ・イメージに対する社会文化的影響、ネガティブ・ボディイメージを喚起するリスクファクターについての講義や認知修正技法を用いたボディ・イメージに関するロールプレイやグループディスカッションであった。主たる評価項目をやせ願望、体型不満、痩身理想の内面化とし、副次的評価項目は過食、BMIとした。質問票は介入効果を測定するために、EDI-91の日本語版の3下位尺度ーやせ願望、体型不満、過食尺度ーと、痩身理想の内面化尺度⁴⁹⁾、BMIから構成されていた。効果測定は介入群には介入プログラム実施前と15回目のプログラム終了後、対照群には介入群と同時期に質問紙調査を行った。その結果、介入群ではやせ願望、痩身理想の内面化得点において減少が認められたが、体型不満と過食尺度においては、介入終了直後においても介入効果が認められなかった。本調査はフォローアップ時の調査はまだ終了していないが、前回の調査と同様に体型不満に関しては介入効果が認められなかった結果から、ボディ・イメージに焦点付けたプログラムを集中的、長期的に実施するだけでは体型不満を軽減するには不十分であったことが示されたといえる。

先行研究でSticeらが体型不満を有するアメリカの女子高校生、大学生を対象として行った認知不協和理論に基づいた介入プログラム⁵⁰⁾においても、痩身理想の内面化、過食傾向が減少したが、体型不満においては介入終了1ヵ月後のフォローアップ調査時には効果が認められず、またWisemanらの研究⁵¹⁾においても体型不満に対する効果は見られなかったと報告されている。しかし、Sticeらは以前の研究では、同様の介入プログラムにおいて体型不満が減少したとの報告⁵²⁾を行っており、彼らは体型不満における効果の差はファシリテーターの力量に拠るのではないかと述べている⁵⁰⁾。上記の結果が、介入プログラムの内容の問題であるのか、またファシリテーターの施行法の影響によるものなのかを今後精査する必

要があると考える。

3. ED 予防的介入研究の今後の方向性

筆者は、女子大学生を対象とした ED 予防介入プログラムを作成し、その効果を検討した⁴⁶⁾⁴⁸⁾。筆者が実施したプログラムは主として対象者の体型不満ややせ願望といったボディ・イメージの問題の軽減を目指したものであり、同時にそれらの問題から派生するとされているダイエット行動の減少を目的としたものであった。ボディ・イメージの問題やダイエット行動は、若い女性における摂食行動異常や ED 発症の最も強力なリスクファクターであると指摘されており⁵⁾³³⁾³⁴⁾³⁵⁾、多くの ED 予防的介入研究が体型不満、瘦身理想の内面化、やせ願望などのボディ・イメージの問題の軽減を目指したプログラムを実施している。

一方、筆者は前述した女子大学生における摂食行動障害の実態調査¹⁵⁾において、摂食行動障害を示す女子大学生の心理的特性、特にパーソナリティ特性、自尊感情、アイデンティティ達成感覚についても同時に調査を実施した。その結果、摂食行動障害を有している中度・重度障害群においては、BN のリスクファクターである高い神経症傾向と低い自尊感情、さらにアイデンティティ発達における問題という臨床群と近いパーソナリティ傾向が認められた。Cervera ら⁵³⁾は ED 予防的介入では、このような神経症傾向や低い自己評価などに配慮した、あるいは焦点づけた介入が必要と主張しており筆者も同意見である。神経症傾向の緩和は ED 以外の精神疾患の予防においても重要であると思われるが、パーソナリティ特性は発達の早期より様々な要因の影響を受けながら進展し、摂食行動の問題に繋がっていくと推察される。それゆえ、上述したパーソナリティの問題に対しては、これまでの ED の予防的介入の手法を越えた、より長期的で多面的な介入が必要と思われる。

多面的な介入のひとつにピアサポートグループを利用した活動がある。生野ら⁴³⁾は、女子大学生を対象とした ED 予防的介入活動の一環として、

大学生主導のピア・サポート・グループ活動を行っている。この活動は ED を抱えている学生や、ED について興味のある学生が週 1 回の継続的なグループ活動の中での相互交流、相互援助の体験を通して、参加学生のメンタルヘルスの向上を目的とした活動⁵⁴⁾である。グループにおいては、参加大学生は回りの大学生に ED 予防やメンタルヘルスの重要性を伝えることにより、自らのメンタルヘルスの向上にも役立たせるのである。このようなピアサポートグループを利用した活動は、今後の日本における ED 予防活動においてより一層重要性を増していくと考える。

また、女子大学キャンパスには ED を既に発症していると思われる学生、発症には至らないが何らかの摂食の問題がある学生、健康的な摂食行動・態度を示している学生が混在している。そのような多様な学生のニーズに応じるには、大学における ED 予防活動は、1. 本介入プログラムのような大人数を対象とした予防プログラム、2. ピア・サポート・グループ、3. 治療的介入や医療機関との連携など、学生の ED 傾向の重症度に応じて、適切な援助が提供できるような多層的なシステムが効果的であると考えられる。

前述した介入プログラムにおいては、ED リスクファクター研究からの知見に拠り、リスクファクターに焦点付けて介入を実施した。しかし最近では、違った立場から予防的介入への知見が寄せられている。例えば、DSM-IV における AN、BN、EDNOS などの診断基準のように、カテゴリーに分類してその特徴を把握しようとする方法に加えて、ED を一つの連続体・構造体と考える dimensional approach により、これまでとは異なった観点から ED の特徴を捉えようとする研究が増えている⁵⁵⁾⁵⁶⁾。Williamson らは、むちゃ食いは ED のひとつの特徴的な要因であるが、単なる食べすぎとは質的に異なる症状であること、加えて BN や BED、AN-BP などむちゃ食いの症状のあるものは連続体として捉えることができるが、AN-R はそれらのものとは連続性を認められないことを指摘している。彼らはむちゃ食いとい

う摂食行動異常が診断基準の枠を超えて ED の特徴的な一要因として挙げており、予防的介入においてはダイエット行動の害を強調するよりは、むしろ食いへの介入をすべきであると考えている。そしてむしろ食いへの予防的介入として Williamson らは、健康的な 3 食の食事、健康的な運動、そして欠食しないことの重要性に焦点付けた介入の必要性を強調している。

このように ED 予防的介入は、多くの立場から検討されるようになった。ED の本質が何であるのかという疾病概念から、そもそも何を予防すべきなのかという予防の焦点まで今一度問い直される時期に来ている。今後より充実した予防的介入を検討するためには、本研究により得られた知見の再現性の確認、有効なプログラムの作成と効果の検討を通して、ED という疾患の本質に可能な限り接近することが必要と考える。

参考文献

- 健康栄養情報研究会 (編) (2004) 国民栄養の現状—平成14年度国民栄養調査結果 第一出版 東京。
- Fear L, Bulik M, Sullivan F (1996) The prevalence of disordered eating behaviors and attitudes in adolescent girls. *New Zealand Journal of Psychology*, 26, 7–12
- Patton C, Carlin B, Shao Q et al. (1997) Adolescent dieting: Healthy Weight control or borderline eating disorder? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 299–306.
- 馬場安希, 菅原健介 (2000) 女子青年における瘦身願望についての研究. *教育心理学研究*, 48 (3), 267–274.
- Hoyt W, Kogan L (2001) Satisfaction with body image and peer relationship for males and females in a college environment. *Sex Roles*, 45, 199–215.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth Edition, Text Revision, Washington D.C. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳 (2004) 『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版』医学書院)
- Striegel-Moore R, Franko D, Ach E (2006) Epidemiology of eating disorders: an update. *Wonderlich S, Mitchell J, Zwan M et al. (Ed.) Annual Review of Eating Disorders Part2-2006. Radcliffe Publishing, Oxford.*
- Currin L, Schmidt U, Treasure J, et al. (2005) Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132–135.
- Keel P, Heatherton T, Dorer D, et al. (2006) Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychological Medicine*, 36, 119–127.
- Machado P, Machado B, Goncalves S, et al. (2007) The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (3), 212–217.
- 武田綾, 鈴木健二, 松下幸生 (1993) 男女高校生における神経性過食症の出現頻度. *精神医学*, 35, 1273–1278.
- 久松由華, 坪井康次, 筒井末春他 (2000) 一般女子大学生に対する摂食障害の一次スクリーニング法についての検討. *心身医学*, 40, 326–331.
- 中井義勝 (2005) 疫学と予後 石川俊男, 鈴木健二, 鈴木裕也他編 摂食障害の診断と治療 ガイドライン2005, マイライフ社, 東京.
- 中井義勝 (2006) 社会文化結合症候群としての摂食障害. *心身医学*, 46, 631–637.
- 三井知代 (2005) 摂食行動障害を有する女子大学生の心理的特性—パーソナリティ特性, 自尊感情, アイデンティティ達成感覚について—, *心身医学*, 45, 43–51.
- 津久井美佐子, 紀野久美子, 滝口香奈子他 (2000) 大学生の摂食障害について—学生定期健康診断 食行動アンケート調査より—*CAMPUS HEALTH*, 36 (2), 93–98.
- Mitchell K, Mazzeo S (2004) Binge eating and psychological distress in ethnically diverse undergraduate men and women. *Eating Behaviors*, 5, 157–169.
- Nakamura K, Yamamoto M, Yamazaki O et al. (2000) Prevalence of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 173–180.
- 小牧元 (2005) 全国 8 府県における養護教諭意識アンケート調査—10代の若者における摂食障害発症の危険性, その早期発見と対策のための—. *心身医学*, 45, 707–718.
- Striegel-Moore H, Silberstein R, Frensch P et al.

- (1989) A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 499–509.
- 21) Strigel-Moore H, Franko L (2002) Body image issues among girls and women. Cash F, Pruzinsky T (Eds.) *Body image: A handbook of theory research, and clinical practice*. New York, Guildford Press.
- 22) Grogan S, William Z, Connor M (1996) The effects of viewing some-gender photographic models on body-esteem. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 569–575.
- 23) Stice E, Orjada K, Trisran J (2006) Trial of a psychoeducational eating disturbance intervention for college women: A replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (3), 233–239.
- 24) Strober M, Freeman R, Morrell W et al. (1997) the long-term course of severe anorexia Nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339–360.
- 25) Fairburn CG, Cooper Z, Doli HA, Norman PA & O'Connor ME (2000) The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659–665.
- 26) Stice E, Hayward C, Cameron R, Killen JD & Taylor CB (2000) Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438–444.
- 27) Stice E & Shaw H (2003) Prospective relations of body image, eating, and affective disturbances to smoking onset in adolescent girls: How Virginia slims. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 71, 129–135.
- 28) Johnson JG, Cohen P, Kasen S & Brook JS (2002) Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545–552.
- 29) Agras WS, Walsh BT, Fairburn CG, Wilson GT & Kraemer HC (2000) A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459–466.
- 30) Stice, E., Mazzotti, L., Weibel, D. & Agras, W.S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 206–217.
- 31) Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention program: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130, 206–227.
- 32) Jacobi C (2005) Psychological risk factor for eating disorders. Wonderlich S, Mitchell J, Zwaan M et al. (Ed.) *Eating Disorders Review Part1*. Radcliffe Publishing Oxford.
- 33) Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M et al. (2004) Coming to terms with risk factors for eating disorders; application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19–65.
- 34) Stice E, Mazotti L, Krebs M et al. (1998) Predictors of adolescent dieting behaviors: A Longitudinal study. *Psychology of addictive Behavior* 12, 195–205.
- 35) Stice E (2001) A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affects. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124–135.
- 36) Patton C, Johnson-Sabine E, Wood K, et al. (1990) Abnormal eating attitudes in London school girls-a prospective study: Outcome at 12 month follow up. *Psychological Medicine*, 20, 383–394.
- 37) Patton C, Selzer R, Coffey C et al. (1999) Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over three years. *British Medical Journal*, 20, 765–768.
- 38) Slade D (1988) Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153, 20–22.
- 39) Rosen C (1997) Cognitive behavioral Body Image Therapy. Garner D, Gafinkel P (Eds.) *Handbook of treatment for eating disorders 2nd Edition*. Guilford Press, New York. (認知行動療法のボディ・イメージ療法, 小牧元監訳 (2004)『摂食障害治療ハンドブック』, 金剛出版)
- 40) Walsh B, Garner D (1997) Diagnostic Issues. Garner D, Gafinkel P (Eds.) *Handbook of treatment*

- for eating disorders 2nd Edition. Guilford Press, New York. (診断, 小牧元監訳 (2004)『摂食障害治療ハンドブック』, 金剛出版)
- 41) Garner D, Bemis M (1982) A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123–150.
 - 42) Kearney- Cooke A, Striegel-Moore R (1997) The Etiology and Treatment of Body Image Disturbance. Garner D, Gafinkel P (Eds.) *Handbook of treatment for eating disorders 2nd Edition*. Guilford Press, New York. (ボディ・イメージ障害の原因と治療, 小牧元監訳 (2004)『摂食障害治療ハンドブック』, 金剛出版)
 - 43) 生野照子, 北村圭三, 頼藤和寛他 (2002) 摂食障害の予防活動—女子大キャンパスをベースとして—, 精神障害の予防をめぐる最新の進歩 (小椋力編), 302–303, 星和書店, 東京.
 - 44) 永井美鈴, 青木紀久代, 増田かやの他 (2005) 女子高校生を対象とした摂食障害予防教育の試み—メンタルヘルス促進授業プログラムの効果—, *学校保健研究*, 47, 436–451.
 - 45) 三井知代 (2007) : 女子大学生を対象とした摂食障害予防的介入プログラムの開発, *神戸親和女子大学研究論叢*, 40 : 259–269.
 - 46) 三井知代 (2006) 女子大学生における摂食障害予防介入プログラムの効果—7ヶ月後までの追跡調査—, *思春期学*, 24 : 581–589.
 - 47) 志村翠, 堀江はるみ, 熊野宏昭, 久保木富房, 末松弘行, 坂野雄二 (1994) 日本語版 Eating Disorder Inventory-91 の因子構造について. *行動療法研究*, 20, 8–15.
 - 48) Mitsui, T. (学会発表) Evaluation of a prevention program for negative body image in Japanese college women. The 13th congress of the Asian College of Psychosomatic Medicine. 2008年
 - 49) 小沢夏紀, 富家直明, 宮野秀市, 小山徹平, 川上祐佳里, 坂野雄二 (2005). 女性誌への暴露が食行動異常に及ぼす影響, *心身医学*, 45, 521–529.
 - 50) Stice E, Trost A & Chase A (2003) Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Result from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. 33, 10–21.
 - 51) Wiseman C, Sunday S, Bortolotti F, Halmi K (2004) Primary prevention of eating disorders through attitude change: A two country comparison. *Eating Disorders*, 12, 241–250.
 - 52) Stice E, Chase A, Stormer S & Appel A (2001) A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 247–262.
 - 53) Cervera S, Lahortiga F, Martinez-Gonzales A, et al. (2003) Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders* 33, 271–280.
 - 54) 三井知代, 生野照子 (2007) 女子大学キャンパスにおける摂食障害予防活動 *心療内科学* 11, 250–254.
 - 55) Williamson D, Womble L, Smeets M, et al. (2002) Latent structure of eating disorder symptoms: a factor analytic and taxometric investigation. *American Journal of Psychiatry*. 159, 412–418.
 - 56) Williamson D, Gleaves D, Stewart T (2005) Categorical versus dimensional models of eating disorders: an examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders* 37, 1–10.
- 注1) Mitchell K, Mazzeo S, Rausch S, et al. (2007) Innovative interventions for disordered eating: evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders* 40, 120–128.
- 注2) Stice E, Shaw E (1994) Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social Clinical Psychology* 13, 288–308.
- 注3) Beck T, Rush A, Shaw B et al. (1979) *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.